2me ANNÉE — N° 2 — FÉVRIER 1896.

ARCHIVES NATIONALES

DE

STOMATOLOGIE

ET

D'ART DENTAIRE

PARAISSANT TOUS LES MOIS

RÉDACTEUR EN CHEF : Dr A. PEYTOUREAU

Il sera rendu compte des ouvrages et thèses dont il sera adressé deux exemplaires et des appareils dont il sera envoyé un spécimen.
Les auteurs de travaux originaux ont droit à 50 exemplaires tirés à part.

PRIX DE L'ABONNEMENT

UN AN (FRANCE ET ÉTRANGER) : 5 F. — PRIX DU NUMÉRO : 50 C.

RÉDACTION ET ADMINISTRATION
Bordeaux — 226, Rue Sainte-Catherine, 226.

Bordeaux. — Imp. des 4 Frères, rue Capdeville, 32.

ACADÉMIE DE BORDEAUX

ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR LIBRE

ÉCOLE ET CLINIQUE DENTAIRES DE BORDEAUX

226, rue Sainte-Catherine, 226

La direction générale des études est basée sur le programme qui forme l'art. 3 du décret du 25 juillet 1895.

La scolarité régulière est de trois années ; exceptionnellement, il est fait un cours complet de la durée d'une année pour les praticiens qui désirent acquérir le titre de Chirurgien dentiste.

L'Ecole admet à titre d'Elèves :

1. Les Étudiants qui postulent le diplôme d'État.
2. Les Étudiants d'une autre École dentaire jouissant des mêmes droits, munis de leurs inscriptions et de leurs examens de fin d'année.
3. Les Étudiants en médecine, après transformation de leurs inscriptions.
4. Les Étudiants en médecine munis de douze inscriptions.
5. Les Praticiens patentés avant la loi de 1892, voulant préparer le diplôme d'État.
6. Les Étrangers ou ceux qui ne désirent pratiquer qu'à l'étranger.

Les aspirants au diplôme d'Etat doivent produire, pour prendre leur première inscription, soit un diplôme de bachelier, soit le certificat d'études prévu par le décret du 30 juillet 1886, modifié par le décret du 25 juillet 1893, soit le certificat d'études primaires supérieures.

L'École donne des inscriptions spéciales aux élèves ne désirant pratiquer qu'à l'étranger. Ces inscriptions ne sont pas valables devant les Facultés ; leur remise donne droit au diplôme de l'École dentaire.

Il n'existe pas d'examens d'entrée pour les élèves munis de leurs titres universitaires. Il n'en existe que pour les élèves au titre étranger. Cet examen se passe sur le programme du certificat d'études primaires supérieures.

Pour tous renseignements, s'adresser à M. le Dr Rolland, directeur de l'École, 226, rue Ste-Catherine, Bordeaux.

ARCHIVES NATIONALES

DE

Stomatologie et d'Art dentaire

SOMMAIRE

Articles originaux : Docteur G. ROLLAND : *Nouvelle méthode d'aurification.* — L. SEIGLE : *Anesthésie de la dentine par une injection sous-cutanée de gaïacol dans un cas de carie du collet au 2e degré.* — Docteur SABRAZÈS : *Les Polypes de la face interne des joues (suite.)* — **Bulletin du mois.** — **Revue des Journaux** : M. MAY BARRAL : *Des qualités d'une obturation idéale; nécessité d'une imperméabilité parfaite.* — *Bulletin bibliographique.* — *Chronique locale.*

NOUVELLE MÉTHODE D'AURIFICATION

Essai d'un nouvel or à l'École dentaire de Bordeaux.

Au Congrès dentaire qui eut lieu, l'an dernier, à Bordeaux au mois d'août, M. le Docteur Muller présenta pour la première fois un or encore inconnu du public et destiné à l'obturation des dents.

Bien que fort intéressante par elle-même et surtout par les nouveaux horizons qu'elle ouvrait, cette communication ne fut presque pas remarquée et personne n'emporta du Congrès le souvenir de cette féconde découverte qui avait été l'objet d'une modeste démonstration.

C'est parce que cette méthode est, disons le mot, passée inaperçue que nous voulons insister sur l'aurification qui vient d'être expérimentée plusieurs fois à notre École. Nous profitons donc de cette occasion pour signaler la chose et pour appeler sur elle l'attention qu'elle mérite de tous les Chirurgiens dentistes de notre pays.

Jusqu'à ce jour, comme on le sait, l'aurification était restée la partie délicate de la dentisterie. Les difficultés qui entourent cette pratique en défendaient l'usage à la plupart des praticiens. Il n'était permis qu'à un petit nombre d'en user et peu encore parmi étaient considérés comme de bons aurificateurs. Le problème qui se posait était celui-ci : trouver la préparation d'un or malléable, à application facile et rapide, à grande résistance, à durée indéfinie.

Nous pouvons dire que, si le nouvel or que nous avons vu expérimenter à l'École dentaire tient en durée ses promesses immédiates, le problème est résolu. Toute la technique opératoire sera simplifiée dans la mesure du possible et, de ce fait l'aurification cessera d'être une barrière infranchissable pour beaucoup; elle deviendra au contraire une méthode relativement facile pour tous ceux qui, propres et soigneux, voudront

se donner la peine de l'employer suivant nos conseils. En peu de temps et avec un peu de pratique ils deviendront fort habiles à manier ce métal et pourront rivaliser sans peine avec les plus fins aurificateurs américains.

L'invention de ce nouvel or nous vient de Suisse; nous en sommes redevables à un Chirurgien dentiste de Bâle, M. de Trey, dont le nom est, à juste titre, l'objet de l'estime du monde dentaire (1).

***

Ce nouvel or est présenté aujourd'hui sous trois numéros. Il est spongieux, cristallé, extra malléable. Il est contenu dans des boîtes de 6 cent. sur 3 cent. 1/2.

Dans la boîte nº 1 sont deux compartiments divisés chacun en cinq cases où se trouvent cinq tablettes d'or mat. Cette disposition est la même pour le nº 4. Il n'existe de différence que dans la batexture des ors; le nº 1 est sans trame, le nº 4 présente au contraire une trame dont nous verrons l'utilisation dans la pratique.

Le nº 2 est dans trois compartiments de trois cases chacun. Les tablettes n'ont pas de trame et sont plus minces que les précédentes.

Le nº 3 qui faisait partie autrefois de la série des ors, a été considéré comme une superfétation, et il a été supprimé.

Il existe donc trois numéros d'or de huitième titre représentés par les nºs 1, 2 et 4.

Nous connaissons la matière, entrons maintenant dans son application telle qu'il nous a été donné de la voir faire à l'École par M. Toulouse.

Nous préparons la cavité avec les soins antiseptiques ordinaires, comme s'il s'agissait d'une obturation métallique à faire. Les points de rétention proprement dits ne sont point nécessaires. La cavité prête, nous prenons nos précautions contre l'humidité; d'une façon générale la digue est conseillée pour toutes les reconstitutions et les vastes cavités.

Notre cavité est prête, sèche, la digue est mise. Supposons que nous ayons affaire à une carie latérale d'incisive, comment allons nous procéder?

De quelle série allons-nous user tout d'abord? On peut n'employer qu'une série si l'on veut, et dans ce cas, pour faire de bonnes aurifications, se sera le nº 1 qu'on utilisera.

Mais nous utilisons nos trois séries :

Notre or du nº 1 et 2 est coupé avec des ciseaux à tranchant fin, on le recuit légèrement à une flamme d'esprit de vin; — il

(1) Notre excellent collaborateur et ami M. May Barral fut à même d'apprécier, il y a déjà quatre ans, alors qu'il faisait ses études à Philadelphie, l'or préconisé avec raison aujourd'hui du Dr de Trey. Se trouvant, à cette Université, le camarade de M. Victor de Trey fils, aujourd'hui diplômé, il eut l'occasion d'obturer, avec l'aide de ce dernier, en douze ou quinze minutes une première molaire inférieure (face triturante et face postérieure). Cette opération par les moyens ordinaires aurait certainement demandé au moins une heure et demie. Après l'application, l'or était extrêmement dur et d'un poli parfait. Deux ans après, l'obturation était encore absolument intacte. (Note de la Rédaction.)

est assez recuit lorsqu'on le voit s'incliner doucement — et entre les doigts, s'ils sont secs et aseptiques, pour plus de sécurité, avec un linge fin, on le roule en boulettes cylindroïdes de la grosseur d'un grain de riz.

Les cylindres des n°s 1 et 2 sont prêts; il convient au praticien de choisir entre eux. Le choix doit être déterminé par l'examen de la cavité à combler. Si l'on a affaire à une large surface, prenons du n° 1, sinon du n° 2. Ceci est du reste à la convenance de l'opérateur, et que le début soit fait avec du n° 1 ou du n° 2 plus mince, sauf le temps gagné, le résultat de l'opération n'est pas modifié.

Nous débutons :

Nous tachons, autant que possible, que notre premier cylindre ait le volume total du fond de la cavité; nous l'introduisons et c'est avec un fouloir se rapprochant le plus possible des dimensions de cette cavité que nous mettons notre or en place. (*Toute une gamme de fouloirs spéciaux est nécessaire. Elle est déposée à l'Ecole et à la disposition des dentistes qui voudraient la voir.*) Par un effort progressivement énergique fait de bas en haut, c'est-à-dire vers les parties cervicales, nous fixons le premier cylindre. Quand la cavité le permet, la tête du fouloir étant appliqué sur le métal, en continuant la pression, nous faisons exécuter dans tous ses axes des mouvements de latéralité au manche de l'instrument pour établir une adhérence complète entre les parties sous-jacentes et le métal. L'or est assez pressé quand de mat il devient brillant. Quand le premier cylindre est fixé, il faut en suivre les bords avec un fouloir plus fin pour compléter les adhérences.

La partie fondamentale de l'aurification est faite. Sur cette base on peut rapidement bâtir, et en observant les indications déjà données pour le premier cylindre, on placera cylindres sur cylindres jusqu'à obturation complète. Il ne faut jamais manquer de condenser les bords comme nous l'avons prescrit.

Ou bien avant que l'obturation soit totale on prendra une feuille du n° 4. — Celle-ci on ne la roule pas, on la coupe de dimension, on la recuit, on l'applique après méthodiquement et on replie la partie libre sur la partie fixée jusqu'à son complet épuisement. Ceci se fait sans bris et sans déchirure à cause de la trame que nous avons signalée et qui se trouve au milieu de la lamelle. Le n° 4 est destiné à former de préférence les surfaces des grandes cavités et les reconstitutions. Mais, nous le répétons, son usage n'est point exclusivement indispensable. Toute cette partie de l'aurification qui porte le nom de *condensation* prend une moyenne de cinq à quinze minutes pour les opérations ordinaires; les grandes reconstitutions demandent une demi heure, au maximum.

Avant d'enlever la digue on fait le brunissage. Il faut se servir d'un brunissoir à deux faces vivement pressé. Il en faut encore insister sur les bords. — Puis la dique est enlevée et le polissage se fait par les moyens connus.

Si l'ôn a une certaine habitude et que l'on ait affaire à des caries du 1er ou 2me degré sur la face triturante des centrales du haut ou du bas, on procède de la même façon, mais on ne met pas la dique, et l'aurification est aussi rapide que l'obturation avec l'amalgame.

⁂

La technique de cette aurification est d'une extrême simplicité, comme on a pu en juger.

C'est un des premiers avantages qu'elle présente.

Elle présente aussi celui de supprimer un long apprentissage. En mettant l'aurification à la portée de l'élève on économise son temps, et le total de ses efforts peut être porté vers un but plus élevé que ce long travail manuel capable d'énerver les plus patients et les plus intelligents.

Nous estimons que cette simplification de l'aurification diminuera les fatigues de l'opérateur dans son cabinet, ainsi que les chances d'insuccès et rendra au praticien la libre disposition du temps qu'il employait à un travail mécanique méticuleux et fastidieux. Cette fatigue dont nous parlons est bien réelle. Dans certaines aurifications de l'ancien système, le chirurgien dentiste cassé en deux auprès de son fauteuil, subissait une sorte de torsion de tout le tronc et, la tête en opisthotonos, était condamné pendant une heure, deux heures et quelquefois plus à frapper méthodiquement dans un orifice de trois ou quatre millimètres de diamètre, mille, deux mille, deux mille cinq ou six cents coups de maillet. On a eu la patience de les compter.

Le seul supplice comparable au sien était celui du patient. Pendant tout le temps, la tête sur la têtière, condamné à l'immobilité, au silence, le malheureux, la bouche ouverte, la dique sur la bouche, la pompe à salive sur le côté, dans la région sublinguale, subissait stoïquement les mille, deux mille, deux mille cinq ou six cents coups de maillet.

Quand son glorieux martyre était fini, il devait bénir la main de l'opérateur si une périostite n'était pas le couronnement du chef d'œuvre. Il devait s'estimer heureux si ce couronnement très fréquent n'était point le début de complications graves et souvent le commencement de nécroses du maxillaire ou d'abcès du sinus, pour ne signaler que ces affections ordinaires.

Dans le nouvel or, plus de chocs, des pressions seulement; au lieu de milliers de traumatismes, une quizaine, une vingtaine de pressions. Cette suppression du maillet n'a d'égale dans le martyrologe de l'opéré que la disparition, pour cause d'inutilité, des points de retention faits dans les environs de la pulpe avec des forets vagabonds, inconscients des limites de la dentine et de la pulpe, et les franchissant sans crier gare.

Le succès est donc plus facile. Ni l'opérateur ni l'opéré n'auront d'impatience ou défaillance; et si, par hasard, l'aurification terminée, il était besoin de faire un raccord, rien de plus facile. On gratterait superficiellement l'or de la partie lacunaire de façon à enlever les corps gras, et l'on replacerait un cylindre

recuit ou une lamelle nouvelle. On presserait, on brunirait et tout serait dit.

La malléabilité de cet or est extrême. Elle lui permet de se mouler entièrement sur tous les détails d'une cavité, et par conséquent d'adhérer d'une façon presque idéale à cette cavité, en supprimant les solutions de continuité.

Sa dureté est telle, comme nous l'avons vu à l'École, que les petites meules s'usent sur cet or très facilement; aussi est-il nécessaire d'en calculer la proportion au volume de la cavité.

Mais jusqu'ici tout est parfait; verrons nous ces aurifications résister comme les autres? Malgré les avis favorables nous attendrons; car il est bien entendu que toutes nos espérances et notre enthousiasme s'écrouleraient si ces aurifications ne duraient point.

Que le temps, ce grand maître, apporte sa consécration au produit nouveau et nous nous féliciterons d'avoir été les premiers à vulgariser cette méthode de progrès.

Dr G. ROLLAND.

ANESTHÉSIE DE LA DENTINE

par une injection sous cutanée de gaïacol dans un cas de carie du collet au 2me degré.

OBSERVATION I. (Février 1896)

Mlle X., 11 ans, tempérament très délicat, est soignée depuis un mois. Les incisives centrales et latérales présentent des caries du 2me degré, siégeant au collet.

Ces caries sont tellement douloureuses qu'au toucher, même avec de l'ouate, l'enfant pousse des cris et refuse tout traitement.

Applications infructueuses du nitrate d'argent et de cristaux d'acide phénique.

Après vingt jours de traitement, l'état restant sensiblement le même, j'injecte 1cc 5 d'huile neutralisée et gaïacolée (oléo-gaïacol.)

J'attends dix minutes.

L'anesthésie de la dentine devient telle que je puis en une seule séance fraiser la dentine malade, préparer la cavité et obturer les dents.

OBSERVATION II. (Février 1896)

Une petite fille de 7 ans, atteinte de carie du 2me degré de la molaire de six ans, face triturante. Sans essayer d'autres moyens, injection immédiate de 10cc d'huile gaïacolée.

Dix minutes après, anesthésie complète de la dentine. L'anesthésie semble augmenter en raison directe du temps écoulé depuis le commencement de la piqûre.

Fraisage de la dentine, préparation de cavité, obturation.

J'ai continué à employer ce procédé pour les cas trop douloureux et j'ai encore obtenu des résultats que je publierai prochainement.

J'ai, du reste, eu occasion de faire connaître cet effet inattendu du gaïacol au Professeur d'anesthésie de l'École dentaire de Bordeaux, qui s'occupe en ce moment de recueillir à son tour de nouvelles observations.

Ce procédé serait remarquable et simplifierait de beaucoup, sans que nous ayons besoin d'insister, la technique opératoire de nos cabinets dentaires; c'est pour cela que je m'empresse de faire connaître ma méthode et de la soumettre au contrôle des expérimentateurs.

L. SEIGLE,
Professeur à l'Ecole dentaire de Bordeaux,
Chirurgien dentiste de la Faculté de médecine de Paris.

LES POLYPES DE LA FACE INTERNE DES JOUES

Par le Docteur SABRAZÈS, Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Bordeaux, Médecin des Hôpitaux, Chef du laboratoire des Cliniques.

(*Suite*)

II

Polype fibreux (*W. Dubreuilh*, 1889)

A la Société d'Anatomie et de Physiologie de Bordeaux, M. le Dr W. Dubreuilh (1) a présenté, en 1889, des coupes d'une petite tumeur molle, indolente, du volume d'un haricot, mobile, pédiculée, remontant à plusieurs mois. Elle était insérée par un pédicule étroit sur la muqueuse, derrière la dernière molaire inférieure droite, au niveau de la branche montante du maxillaire inférieur. Par l'examen microscopique, on vit qu'il s'agissait d'un fibrome pur très papillaire.

III

Demme a communiqué, en 1892, à la Société laryngologique de Berlin, un cas de polype buccal dont voici la relation :

Dans les premiers jours du mois de mars dernier (1892), une dame de 32 ans vint me trouver, se plaignant d'une tumeur dans la bouche, qui la gênait un peu en parlant et mettait sérieusement obstacle à la mastication et à la déglutition : elle mordait facilement cette tumeur qui se trouvait prise entre les dents du côté droit et qui, s'ulcérant souvent à la partie supérieure, lui occasionnait de violentes douleurs. Je trouvais une tumeur sphérique, de la grosseur d'une noix de galle, recouverte par la muqueuse buccale glissant à sa surface. Elle prenait naissance, les dents étant complètement fermées, sur la face interne de la joue droite, un peu au-dessus de la ligne de fermeture, à environ 1 cent. 1/2 en arrière du coin droit de la bouche. On pouvait facilement saisir cette tumeur résistante et la faire mouvoir à peu près comme une noix de galle placée sous une nappe bien tendue. La muqueuse recouvrant la tumeur présentait, à la partie supérieure, quelques légères érosions; on y distinguait de petites cicatrices provenant d'ulcérations antérieures. Dès que les machoires s'entrouvraient, la tumeur pénétrait aussitôt vers le milieu de la cavité buccale, et la patiente était obligée de la repousser avec la langue si elle

---

(1) M. DUBREUILH, Bulletin de la Société d'Anatomie de Bordeaux, 1889.

ne voulait pas l'atteindre en fermant la bouche. La malade ne pouvait qu'entrouvrir les dents pour ne pas laisser la tumeur s'y glisser. Par suite, la parole n'était pas nette: les sifflantes, en particulier, ne pouvaient être articulées clairement. La voix ressemblait à celle que l'on constate dans les cas d'abcès péri-amygdaliens. L'opération fut simple; à l'aide d'une pince Museux on fixa la tumeur après l'avoir soigneusement cocaïnisée. On incita la muqueuse au ras du pédicule qu'on sectionna. L'hémorragie fut considérable. Il fallut lier une artériole. On plaça trois points de suture, la bouche fut lavée à la solution de chlorate de potasse. Les points de suture furent enlevés le quatrième jour, guérison. La parole et la mastification redevinrent normales.

La tumeur était lisse à la surface, très dure et enveloppée exactement par la muqueuse tendue de la joue comme par une membrane de caoutchouc. L'examen microscopique a montré un tissu serré de faisceaux fibreux adultes assez régulièrement répartis avec de rares vaisseaux et, à la surface, complètement isolée, la muqueuse buccale normale. On avait donc affaire à un fibrome.

IV

J'ai eu moi-même l'occasion d'observer récemment (Août 1895), à ma consultation de l'hôpital Saint-André, un cas de polype de la face interne de la joue gauche chez un homme de 62 ans, bien portant, sans antécédents héréditaires dignes d'être mentionnés. Personnellement il n'accusait qu'une légère atteinte de rhumatisme articulaire aigu à l'âge de seize ans et une fracture de jambe à vingt-cinq. Il n'avait pas eu la syphilis.

La lésion actuelle remontait à un an, au dire du malade, et serait survenue quelque temps après l'extirpation des deux dernières molaires droites qui étaient carriées et qui déterminaient antérieurement un frottement douloureux de la muqueuse génienne. Les dents qui restent sont en bon état.

La tumeur, saillante dans la bouche, présente le volume d'une grosse aveline et se trouve implantée sur la muqueuse de la joue droite un peu au-dessus de l'angle qui fait le corps du maxillaire inférieur avec la branche montante. L'insertion a lieu par l'intermédiaire d'un pédicule, long d'un centimètre environ, dont la base d'implantation mesure un centimètre de diamètre. La tumeur mesure deux centimètres dans le sens de la longueur sur un centimètre et demi de largeur. Sa surface est lisse, recouverte par une muqueuse rose pâle analogue à la muqueuse buccale, mais creusée çà et là d'anfractuosités résultant de points de sphacèle et de petites plaies saignantes. Cette tumeur molle, d'aspect gélatineux, rappelle l'aspect d'un polype muqueux.

Le malade donne peu de renseignements sur son affection; celle-ci ne s'est révélée tout d'abord que par une gène spéciale, une sensation de corps étranger au niveau de la joue droite qui provoquait des mouvements répétés de la langue, comme pour chasser cette production anormale. La parole est embarrassée, le patient s'exprime comme un sujet qui aurait un caillou dans la bouche.

Il n'est pas rare que le malade crache de la salive mélangée de sang qui provient des plaies sanguinolentes que présente la tumeur. Ces plaies sont dues à des traumatismes reçus par le polype pendant la mastication des aliments; le poype s'interpose en effet entre les machoires et fréquemment il est mordu et même mastiqué, ce qui détermine des hémorrhagies. Au niveau des points mordus, l'infection d'origine buccale produit des ilots de sphacèles qui rendent d'une horrible fétidité l'haleine du malade.

La tumeur a été sectionnée au niveau du point d'implantation d'un coup de ciseau courbe, et l'ablation pratiquée par M. Vergez, interne des

hôpitaux, a été suivie d'une cautérisation au chlorure de zinc; pas d'hémorrhagie, pas de récidive.

L'on coupe la tumeur suivant son grand diamètre, la section est représentée par une surface d'un blanc grisâtre, les bords sont bien limités sauf à l'extrémité libre où la périphérie est déchiquetée, d'aspect granuleux et s'effrite facilement. La muqueuse revêt un segment de la circonférence voisine du pédicule ; elle forme une bordure épaisse d'un millimètre qui tranche par sa teinte plus blanche sur les parties sous-jacentes. Ces dernières sont parcourues par des stries blanches qui vont en rayonnant irrégulièrement ; ces stries rayonnées limitent des espaces triangulaires inégaux, de couleur blanc grisâtre ou gris jaunâtre sur certaines coupes ; à l'œil nu, la surface est moins nettement striée ; elle présente des points brunâtres hémorrhagiques et un mélange de petits ilots blancs et gris.

(*A suivre.*)

BULLETIN DU MOIS

Dans la dernière réunion de la *Southern dental Association*, le Dr Gordon White a fait une intéressante communication sur les différentes méthodes de recapage des pulpes. Il emploie dans sa pratique la chloropercha appliquée sur un petit morceau de linge avec addition de traces d'aristol, la cavité étant préalablement lavée au chloroforme puis séchée à l'air chaud ; il recouvre le tout d'un ciment très liquide. L'auteur de la communication prétend avoir recapé plus de cent pulpes par ce système et n'avoir obtenu que cinq insuccès.

— J. Léon Williams résume devant la *Royal Society of Great Britain* de Londres, les travaux vivement publiées sur la structure et la formation de l'émail. Contrairement à l'avis de ceux qui soutiennent que l'émail est un produit de calcification directe des cellules, l'auteur soutient avec Schæfer, Spee, Andrews et Sudduth que les cellules mères de l'émail ou ameoblastes ne se calcifient pas directement, mais qu'elles engendrent des produits donnant secondairement naissance à l'émail. A l'appui de sa thèse, J. Léon Williams fait connaître le résultat des ses expériences sur des embryons de chat, chien, mouton, veau, porc, singe et aussi sur des embryons humains de différents âges.

— A la *Pensylvania State dental Society*, discussion laborieuse sur les meilleurs moyens d'empêcher la sensibilité de la dentine (V. sur le même sujet l'article de notre collaborateur, M. Seigle.) L'alcool, l'éther, le chloroforme, le chlorure d'éthyle ont été successivement étudiés au point de vue de leur action anesthésique. Tout le monde a été d'accord sur la nécessité d'une sécheresse préalable et aussi parfaite que possible à l'aide de l'air chaud, obtenue notamment au moyen de l'injecteur électrique.

— A la même Société, le Dr Kirck explique avec un grand luxe de détails le mode d'emploi de la chlorine comme agent de blanchiement des dents.

— Le Dr Amoédo de l'Ecole Odontotechnique a exposé devant diverses Sociétés, les résultats obtenus par lui dans quatre cas heureux de réimplantations dentaires sur une même malade. Grâce aux précautions minutieuses prises pour obtenir une antiseptie complète, cette quadruple opération n'eut aucune suite fâcheuse, et au bout de trois mois les dents réimplantées étaient absolument consolidées.

REVUE DES JOURNAUX

DES QUALITÉS D'UNE OBTURATION IDÉALE;
nécessité d'une imperméabilité parfaite.

International dental Journal, vol. XXXVIII, oct. 1895.

Toute dent est perméable à l'humidité dans ses diverses parties ; il est bien facile de le démontrer en la plongeant, quand elle est à l'état sec, dans du noir d'aniline : on la retire de ce bain entièrement colorée. A première vue, l'on pourrait croire que partout où l'humidité pénètre, les bactéries peuvent le faire aussi; cependant, dans le cas qui nous occupe, les bactéries n'ont pas encore été rencontrées le long des canalicules dentaires à l'état sain.

L'obturation idéale devrait être faite à l'aide d'une substance imperméable à l'eau et impénétrable aux bactéries, pouvant intimément adhérer aux parois de la dent, non contractile, mauvaise conductrice de la chaleur et présentant avec la dent une teinte uniforme ; la mise en place d'une pareille substance devrait, en outre, être prompte et facile.

Avec une obturation de ce genre, la dent jouirait des mêmes avantages que si elle était restée saine; malheureusement cette substance idéale est encore à trouver.

L'or ne laisse pénétrer les micro-organismes ni dans sa propre masse ni sur les bords de l'obturation, mais il est bon conducteur de la chaleur et ne peut être suffisamment martelé pour permettre une obturation complète que dans des dents d'une structure suffisamment résistante. Il est hors de doute, du reste, que l'on ne puisse rendre l'or imperméable avec le maillet Bonwill, par exemple; au moyen de cet instrument, des dents ont pu être en partie obturées un jour, et l'opération complétée le lendemain, après simple enlèvement de la mince couche d'or mouillée, sans que l'adhérence ait laissé quoi que ce soit à désirer. D'autre part, des obturations à l'or adhésif qui maintiennent si longtemps les dents ont pu être faites sous l'eau avec des résultats excellents. Est-ce que le mode d'obturation à l'or préserve les dents en empêchant l'entrée des micro-organismes? Cette hypotèse ne peut être que difficilement soutenue, puisque des obturations à l'or adhésif qui ont été retirées des cavités au moyen d'une sonde, avaient une odeur de putréfaction plus ou moins forte, et cependant la dentine sous-jacente semblait être saine et bien conservée.

L'étain semble être pénétrable par l'humidité, puisque toute vieille obturation de ce genre est facilement séparable en morceaux qui n'adhèrent qu'imparfaitement. Il n'a pas été démontré d'une manière certaine qu'il soit pénétrable aux bactéries; toutefois on peut affirmer que s'il préserve des altérations la structure de la dent, c'est par un procédé différent de celui de l'or adhésif.

L'amalgame par lui-même est impénétrable à l'eau, mais il laisse pénétrer l'humidité le long des bords de la cavité. Il n'est pas d'année que l'on ne parle de quelque amalgame merveilleux privé de toute contraction ultérieure; à notre avis, cet amalgame n'a pas encore été découvert. Employer le minimum de mercure possible sera sans doute un grand point, mais tous les amalgames sans exception, que l'on trouve aujourd'hui dans le commerce, se retirent légèrement de l'émail après cinq ou six ans. Mais, même dans le cas où ces obturations aux amalgames auraient été mal faites, l'on observe encore que quand les bords ont été bien finis, malgré le retrécissement appréciable, la cavité se maintient le plus souvent dans de bonnes conditions d'aseptie.

On pourrait croire que les produits d'oxydations métalliques pénètrent dans les canalicules de la dent et les protègent : c'est là une explication, mais elle ne saurait être acceptée que difficilement comme concluante.

L'oxychlorure et *l'oxyphosphate de zinc,* quoique adhérents aux parois de la dent, sont facilement pénétrés par l'humidité et les bactéries.

La *gutta percha* quoique en partie, sinon absolument, imperméable à l'eau, laisse invariablement pénétrer l'humidité sur les bords de la cavité.

Ainsi les dents obturées à l'or adhésif sont presque toutes, sinon toutes, amenées à se carier si les bords de l'obturation ne sont pas absolument imperméables. Quand il s'agit de ciments, guttas, amalgames ou étain, cette condition n'est pas absolument indispensable pour préserver la dent. Et cependant toutes ces obturations conservent en général les dents et les sauvent souvent, surtout la gutta et les ciments qui seuls peuvent arrêter la carie en préservant les parois de la cavité, tout en laissant pénétrer les bactéries. Ceci parait un peu paradoxal et est difficile à expliquer : l'on pourrait dire que les bactéries ont besoin d'air et de nourriture, que les ciments et la gutta empêchent plus ou moins ces éléments d'y pénétrer et rendent ainsi les microbes inoffensifs. Mais cette explication ne donne pas la clef du phénomène par lequel certaines obturations à l'or adhésif, molles, spongieuses, mal odorantes, parviennent à préserver la dentine sous-jacente.

Marcel MAY BARRAL.
Chirurgien dentiste de Philadelphie.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

ALLEN (H.) Adenoïd growths of the pharynx. *Tr. M. Soc. Penn. Phila.* 1895. xxvi, 313-316.

AMOÉDO (O.) Contribution à l'étude de la correction du prognathisme. *Odontologie*, Paris, 1895, 2. s. ii, 577-584.

ANNANDALE (T.) Practical hints upon the operative treatment of the lip, face, mouth and throat. *Edimb. Hosp. Rep.,* Edimb. & London 1895, iii, 539-543.

AVANZI Contributo allo studio della fisio-patologia della polpa dentale. *Atti d. xi Cong. med. internaz.,* Roma, 1895, V. Odontol., 15-25.

BEAUSOLEIL (R.) De l'inflammation aigue de l'amygdale linguale. *Rev. de laryng.,* [etc.] Paris, 1895, xvi, 1127-1132.

BENTLEY. (D. F.) Death from the administration of Chloroform. *Dental Cosmos,* Phila., 1895, xxxvii, 1006.

BERTEN (J.) Hypoplasie des Schmelzes. *Deutsche Monatschr. f. Zæhnh.* Leipz., 1895, xiii, 425 ; 483 ; 533 ; 587.

BLANC (H.) Deux cas de phelgmon sous-lingual avec phénomènes généraux graves et tendance à l'asphyxie. *Union médic.*, Paris, 1895, xviii, 237-240.

BOURLET. Fracture double longitudinale de la dent canine inf. gauche ; trismus ; guérison. *J. d. sc. méd. de Lille*, 1895, ii, 555-557.

VON BREMEN (E.) Methods of bleaching teeth. *Dental jour.* Ann. Arbor. 1895, iv, 70-73.

CARMICHAEL (J. P.) Dental pyorrhœa and care of the teeth. *Dental Rev.,* Chicago, 1895, ix, 783-785.

CHRISTENSEN (W. E.) On porcelain inlay work. *Dental Cosmos,* Phila., 1895, xxxvii, 1037-1042.

CUSTER (L. E.) Electric heat in dental practice. *Id.,* Phila., 1895, xxxvii, 1013-1020.

FREEMAN (W. J.) Operative treatment of purulent disease of the antrum ofHighmore, with exhibition of new instruments. *J. Am. M. Ass.,* Chicago, 1895, xxv, 940-943.

JOSEPH (M.) La membrane alvéolo-dentaire; (sa nature et son histoire). *Odontologie,* Paris, 1895, 2. s. ii, 598-607.

MILLER. Inleiding tot de studie der bacterio-pathologie der tandpulpa. *Neder. Tandheelk. Maandbl.,* Roermond, 1894, i, 220; 301; 1895, ii, 8, 36; 63.

PATTERSON (J. D.) Epilepsy from dental irritation. *West Dent. J. City,* 1895, ix, 481-484.

PEARSON (N.) Sixth-year molars. *Ann. J. Dent.* Balt. 1895, xxix, 314-320.

PETERSON (F.) Deformities of the hard palate in degenerates. *Internat. dent. J.,* Phila.; 1895, xvi, 719-731.

PITOT (Pierre.) Des accidents osseux de la dent de sagesse; contribution à l'étude de leur pathogénie. *Thèse de Bordeaux,* 1895, 51 p. N^e 93.

ROUGHTON (E. W.) Tumours of the gum. *Brit. J. Dent. Sc.,* London; 1895, xxxviii, 1071-1077.

SAUVEZ (E.) Ce l'anesthésie locale par le froid. *Atti. e. xi Cong. med. internaz.,* Roma, 1895, v. odontol, 38-40.

SIMONS (B.) Cleft palates; case in practice. *Ann. J. dent. Sc.,* Baltimore, 1895, xxix, 369-373.

WARNEKROS. Die Entstehung der anomalen Zahnstellungen. *Atti d. xi Cong. med. internaz.,* Roma, 1895, v. Odontolog., 5-9.

WEIL. Ueber amalgame und deren Verbindung mi bementen zu Cement-Amalgam-Plomben. *Deutsche Monatschr. f. Zahnheilk.,* Leipz., 1895, xiii, 521-601.

CHRONIQUE LOCALE

Le Conseil d'administration de l'Ecole dentaire de Bordeaux a remis le Concours pour trois places de Démonstrateurs fixé au 9 mars, au 23 mars 1896. Ce concours été déjà annoncé dans notre dernier numéro et porté par voie d'affiche à la connaissance des intéressés.

Les candidats doivent se faire inscrire chez le Secrétaire où le Directeur. — Le registre d'inscription sera clos quarante-huit heures avant le commencement des épreuves.

Les membres du Jury sont :

MM. les docteurs Sigalas et Fromaget;

MM. les chirurgiens dentistes Lot, Dumora et Brugeille.

Programme des cours théoriques professés à l'École dentaire

(Janvier 1896)

MM. les Drs **Dumur :** Du rhumatisme. — De la Syphilis. — Dothiénenthérie. — Rougeole.

Dutour : Caries du 4me degré. — Périostites subaigues et aigues : traitements divers. — Accidents de la dent de sagesse : traitement.

Fromaget : Froidures. — Syncopes. — Hémorrhagies. — Complication des plaies. — Erysipèle. — Tétanos. — Septicémie. — Pourriture d'hôpital. — Suppuration.

Peytoureau : Platine. — Cuivre. — Cadmiun. — Alliages de l'or.

Princeteau : Cavités et articulations de la face.

MM. les Drs **Rolland** : Centres corticaux moteurs. — Configuration intérieure du cerveau. — Corps calleux. — *Septum lucidum*. — Trigone cérébral. — Pédoncules cérébraux. — Tubercules quadrijumeaux. — Couches optiques. — Corps striés. — Ventricules latéraux. — Ventricules moyens. — Glande pinéale. — *Plexus choroïdes*. — Circulation cérébrale.

Sabrazès : Le milieu buccal.

Sigalas : Changements d'état provoqués par la chaleur. — Fusion des solides : lois. — Passage des liquides à l'état de vapeur. — Evaporation. — Ebullition. — Etude sommaire des vapeurs. — Liquéfaction des gaz. — Emploi de gaz liquéfiés pour la production du froid.

Cours de Mécanique et de Prothèse dentaires

M. Seigle, chirurgien dentiste : Modelage de la cire. — Moules métalliques. — Estampage de plaques. — Confection de crochets. — Prise d'empreintes. — Redressements.

Compliments de bienvenue

Nous souhaitons la bienvenue à la Maison Kœlliker qui vient à Bordeaux combler une lacune existant depuis longtemps.

La Maison Kœlliker, originaire de Suisse et déjà bien connue en France où elle possède de nombreuses succursales, vient d'organiser avec un soin tout particulier, dans notre ville, un arsenal complet des instruments nécessaires à la Chirurgie et à la Prothèse dentaires.

Nous avons visité sa magnifique installation sise allées de Tourny, 28, dans le plus beau quartier de Bordeaux, et nous l'avons trouvée munie d'un outillage de choix et répondant aux dernières exigences de la science. Nous ne signalerons, à côté de ce qui est spécial à l'odontologie, que les moteurs électriques qui peuvent être employés avec succès aux tours d'ateliers, de cabinet, à l'éclairage, à la ventilation des salles et à porter à l'incandescence des lames de cautères.

Nous trouvons encore des transformateurs de force, très intéressants, dont l'application à une source d'électricité supprime l'ennui des accumulateurs. Ces appareils perfectionnés réalisent une économie de 80 à 90 °/₀ sur les anciennes machines.

Nous engageons tous les Docteurs en médecine et tous les Chirurgiens dentistes de notre ville à visiter cette nouvelle installation.

Nous encourageons de tout notre cœur ce nouvel effort de décentralisation qui vient appuyer le nôtre et nous lui souhaitons grand succès.

Acte de vandalisme

Nous apprenons avec peine que la plaque de notre distingué confrère, M. Seigle, professeur de prothèse à l'Ecole dentaire de Bordeaux, a été arrosée d'acide muriatique, dans la nuit du 20 février.

Contrairement à certaines suppositions malveillantes, nous pouvons affirmer que le corps dentaire de Bordeaux a l'honneur de ne point posséder les stupides polissons qui ont commis cette brutalité. Du reste, la plaque de M. Seigle porte le titre de Chirurgien dentiste de la Faculté de Paris, et ce titre est trop rare dans notre ville pour avoir pu cesser d'inspirer, croyons-nous, de la considération et du respect à ceux qui n'ont pas l'avantage de le posséder.